LA FRANCE MÉDICALE

ET

PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

...ique médicale : Sur le diagnostic du goitre exophtal-...ique, par le Dr F. Deléage, 353. — **Bibliographie :** Les vieux ...gmes cliniques devant la pathologie microbienne, par le ...of. Grasset, 356. — Précis de clinique thérapeutique, par le ...r A. F. Plicque, 357. — La chirurgie du rein et de l'uretère, ...r M. Legueu, 358. — **Revue de la presse** : Sur la brady-...rdie des convalescents, 358. — Contribution à la pathologie ...rdiaque ; contusion du cœur, 359. — **Académie de méde-...ne :** *Séance du 5 juin* 1894. — Présidence de M. J. Rochard. ... Election, 359. — Gangrène spontanée d'un membre, 359. — ...ccinations et revaccinations, 369. — Rapport, 360. — **Société ...édicale des hôpitaux :** *Séance du 1er juin* 1894. — Prési-...ence de M. Ferrand. — Adénome pédiculé de la paroi pos-...rieure de l'estomac. Ablation. Suture des deux parois sto-...acales Guérison, 360. — Abcès du foie à pus stérile, 361. — **...e Congrès international des sciences médicales** tenu ... Rome du 29 mars au 5 avril 1894. Médecine (*suite et fin*). ... Structure de l'écorce cérébrale dans la paralysie générale, ...1. — Chirurgie. — De l'ouverture directe du foyer tubercu-...ux dans la paraplégie du mal de Pott dorsal, 361. — Des in-...cations de la cholécystotomie, 362. — Des moyens de réparer ...s pertes de substances du crâne, 363. — Sur la cure perma-...ente des hernies, 364. — De la suture des os à fil métallique ...rdu, 364. — De la trépanation du crâne, 364. — **Société de ...irurgie :** *Séance du 6 juin* 1894. — Présidence de M. Lucas-...hampionnière. — Trépanation secondaire au deuxième mois ...près une fracture étendue du crâne ayant amené une hémi-...égie complète et des crises épileptiformes ; ablation d'un ...agment intracérébral ; hémorrhagie par section de la mé-...ingée moyenne : tamponnement intracranien ; guérison, 365. ... Traitement des anus contre nature et des fistules stercо-...les, 366. — Tuberculose probable de l'iléon et du cæcum. ...ésection, 366. — Cancer du rectum. Opération de Kraske. ...uérison, 366. — **Memento pratique :** Sur la valeur alimen-...ire du pain de Graham, 367. — **Nouvelles**, 367. — **Bulletin ...ibliographique**, 368.

CLINIQUE MÉDICALE

Sur le diagnostic du goitre exophtalmique.

...propos d'un cas de goitre exophtalmique avec crises ...astralgiques simulant des crises de coliques hépa-...iques (1).

Par le Dr F. Deléage,
Médecin consultant à Vichy.

Si le diagnostic du goitre exophtalmique (maladie ... Graves, de Basedow) est facile quand existe la ...ade symptomatique : exophtalmie, goitre, palpitations, ...aquelle on doit ajouter le tremblement parfois gé-...ral, mais souvent limité aux mains, signalé par ...arcot et Marie, il n'en est pas de même dans cer-taines formes frustes de la maladie, ou lorsque certains symptômes secondaires prédominent et peuvent masquer les symptômes cardinaux.

Outre que l'un ou l'autre de ces principaux signes peut faire défaut, la maladie peut présenter une symptomatologie polymorphe capable de donner le change, de faire commettre des erreurs de diagnostic et, par conséquent, d'amener à faire fausse route au point de vue du traitement à instituer.

Un examen approfondi du malade est nécessaire et la constatation de l'un des phénomènes principaux de l'affection mettra sur la voie du diagnostic en provoquant la recherche des autres symptômes.

Parmi les manifestations secondaires de la maladie de Basedow, on a cité, entre autres, des troubles de la régularité cardiaque, les modifications du caractère, des troubles psychiques, l'affaiblissement des jambes, le besoin continuel de déplacement, des hypéresthésies viscérales siégeant au niveau du plexus nerveux du grand sympathique, des crises simulant l'*angor pectoris*, des névralgies du plexus solaire et mésentérique, douleurs profondes, paroxystiques, s'irradiant vers l'intestin, prenant le caractère de coliques et pouvant être analogues aux crises viscéralgiques du tabès dorsalis. On a même cité l'ictère parmi les manifestations du goitre exophtalmique et, à ce sujet, M. Rendu (article goitre exophtalmique du Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales) cite le cas d'un malade de M. Dumontpallier qui avait présenté de l'ictère et celui d'un malade de M. J. Guyot, chez qui l'ictère avait duré trois mois. On conçoit combien, lorsque la maladie compte, parmi ses manifestations, un ictère permanent et coïncidant avec ces hyperesthésies et ces crises viscéralgiques, on conçoit, dis-je combien l'on est exposé à mettre ces crises et cet ictère sur le compte d'une lithiase biliaire et à les prendre pour des coliques hépatiques, surtout lorsque le goitre fait défaut ou est peu marqué.

J'ai eu à observer et à soigner une malade dont je crois intéressant de rapporter l'observation qui rentre dans cet ordre de faits ; cette malade présentait, entre autres sympômes, des crises gastralgiques, un teint légèrement subictérique des conjonctives, qui avaient fait porter le diagnostic de crises hépatiques, alors qu'elle était atteinte de goitre exophtalmique.

Il s'agit d'une dame âgée de 51 ans, Mme G..., dont le père, mort d'apoplexie cérébrale à 64 ans, était aphasique depuis l'âge de 45. La mère de Mme G..., morte à

(1) Communication à la Société médicale du VIe arrondissement.

73 ans de gangrène sèche, n'avait jamais présenté d'accidents nerveux. Deux tantes maternelles de la malade étaient très nerveuses, mais sans crises hystériques ; l'une est morte d'un cancer stomacal.

Mme G... a toujours été très impressionnable, vive, nerveuse, mais n'a jamais eu de maladie jusqu'en 1889. A cette époque elle a eu l'influenza, et à la suite ont débuté des palpitations violentes, des accès de suffocation rendant la marche très difficile et survenant au moindre effort. Un médecin lui dit qu'elle avait « une maladie de cœur très prononcée » ; il lui administra du bromure de potassium sans aucun résultat. Sous l'influence de granules de digitaline, le cœur se calma et Mme G... fut très améliorée. Je dois ajouter qu'au moment où étaient apparues les palpitations, les yeux étaient devenus très saillants et aux mains était survenu un tremblement presque continuel, symptômes qui s'étaient améliorés en même temps que les accidents cardiaques et dyspnéiques.

En 1890, Mme G... a été prise de troubles digestifs : anorexie et, après le repas, visage congestionné, somnolence, pesanteur stomacale, tympanisme énorme, malaise général, gastralgie, symptômes qui ont toujours persisté jusqu'au jour où il m'a été donné d'observer Mme G... En septembre 1891, à la suite de contrariétés, l'état nerveux s'aggrave, le tympanisme devient continu ainsi que la gastralgie ; la marche est très difficile ; à peine la malade est-elle debout et se met-elle en marche, qu'elle est prise d'accès de dyspnée des plus pénibles.

En janvier 1892, les personnes de l'entourage de Mme G... remarquent qu'elle a les yeux très saillants, « qu'ils n'ont plus d'expression ». En avril, la marche est devenue presque impossible à cause de la dyspnée, la malade ne peut faire 20 à 30 pas sans suffoquer et sans éprouver une sensation aiguë de déchirure au creux épigastrique. Elle ne peut même rester que très peu de temps debout, ses jambes s'effondrent, il faut la soutenir pour la faire passer d'une pièce de son appartement à une autre. Les forces diminuent peu à peu, et, à la fin d'avril, elle est prise de crises douloureuses des plus violentes, siégeant au creux épigastrique, s'irradiant des deux côtés, le long du bord thoracique, mais sans irradiation du côté de l'épaule droite. Ces crises, accompagnées de dyspnée et de palpitations violentes, surviennent quatre à cinq fois par nuit et souvent plusieurs fois dans la journée. Elles sont accompagnées de vomissements jaune verdâtre et la dyspnée persiste longtemps après, ainsi que les palpitations. Un médecin fait le diagnostic de coliques hépatiques et administre successivement du bromure de potassium, de l'eau chloroformée, de la glycérine, du chloral, de l'éther, du laudanum, de la lithine ; on fait des pulvérisations d'éther, le tout sans aucun résultat.

Les crises n'étaient calmées que par des injections de morphine.

En juin survint, après une très violente crise à forme gastralgique, un tremblement très prononcé, à mouvements plus étendus, plus rapides, généralisés aux membres, à la tête, avec claquement des dents continue augmentant au moment des crises gastralgiques, d 5 heures du matin à 1 heure de l'après-midi, pui diminuant d'intensité le reste de la journée et la pre mière partie de la nuit. L'effondrement des jambe s'accentue davantage et la malade éprouve vers l région dorso-lombaire une faiblesse qui l'empêch même de s'asseoir sur son lit. Elle est en proie à un grande agitation, à un besoin continuel de mouvement surtout au lit, à une sensation de chaleur extrême su la peau. Les yeux deviennent plus saillants ; après chaque crise ils deviennent hagards, immobiles ; pen dant cinq minutes au moins il y a de l'ophtalmoplégi externe. Puis peu à peu l'amélioration se montre ; tous les symptômes diminuent légèrement d'intensité Vers le 20 juillet, elle peut se lever du lit, mais elle e toujours très faible et il lui est impossible de monte et de descendre les escaliers. Mme G... est envoyé à Vichy avec le diagnostic de lithiase biliaire. A so arrivée le 13 août son état est le suivant :

La face est un peu bouffie, légèrement congestionnée cyanosée même, les yeux sont saillants, la sclérotiqu a une teinte subictérique ; la tête est le siège d'u tremblement continuel à moyennes oscillations plu étendues le matin et se produisant tantôt dans le sen de la négation (tremblement latéral), tantôt dans le sen de l'affirmation (tremblement antéro-postérieur) san aucune régularité. Les mains sont le siège d'un trem blement analogue, qui cesse pendant les mouvement volontaires quand la malade est assise, les jambes son au repos, mais, quand elle est couchée, elles son agitées par un mouvement continuel, sorte de mouve ment choréiforme, plutôt que de tremblement propre ment dit.

La partie antérieure du cou est légèrement saillante boursouflée surtout du côté des lobes du thyroïde.

La parole est rapide, saccadée ; la respiration es continuellement gênée, surtout pendant la marche.

Mme G... ne peut rester que quelques instant debout, les jambes fléchissent aussitôt. Elle march très difficilement en se dandinant ; au bout de quelque pas, elle a la sensation d'effondrement des jambes.

Elle éprouve sur tout le corps une sensation de cha leur continue ; elle ne peut supporter qu'un dra comme couverture, au lit, même quand il fait trè froid.

Elle est en proie à une toux petite, survenant pa quintes très pénibles, suivie d'une expectoration spu meuse et d'aphonie. Insomnie constante ; Mme G. passe le plus grand nombre des nuits sur un canapé.

Elle est prise jusqu'à trois et cinq fois par nuit d crises gastralgiques très violentes, durant au moin trois quarts d'heure chacune, localisées au creux d l'estomac, sans irradiation, augmentées par la pressio au niveau de la vésicule biliaire et au-dessous du rebor

s côtes, crises accompagnées de dyspnée extrême, de lpitations avec angoisse précordiale, d'exorbitis, ec immobilité des globes oculaires ; ces crises l'oblint à se lever du lit et à se rouler sur le sol.

Irritabilité extrême, caractère difficile ; Mme G... t exigeante, n'est jamais satisfaite. La moindre émon provoque une crise.

L'appétit est aboli ; les digestions sont pénibles, compagnées de ballonnement, de pesanteur et de douurs gastriques ; il lui semble « qu'un repas fait pasr le précédent ». Diarrhée aussitôt après les repas ; s selles ne sont pas décolorées.

Il n'y a aucun trouble de la sensibilité à la douleur, t tact simple ; le contact d'un objet chaud ou froid t normalement perçu. Anesthésie pharyngée. Hypesthésie de l'épigastre à la pression. Céphalalgie fréente.

Mme G..., qui était réglée toutes les trois semaines, a pas été menstruée depuis sept semaines.

La miction est normale. L'urine ne contient ni sucre albumine.

Les réflexes rotuliens sont abolis ; les réflexes tenneux des membres supérieurs et de la mâchoire sont ormaux.

L'impulsion cardiaque est violente, soulevant la paroi oracique ; le cœur est hypertrophié ; le pouls est fort, bat 120 à la minute. Battement des vaisseaux du cou. auscultation ne révèle de souffle ni intra ni extrardiaque.

Température corporelle normale.

Tirage trachéal au moment des crises. L'auscultation es poumons ne fait rien percevoir d'anormal.

Le foie est normal comme dimension ; la pression, a niveau des dernières côtes ni au-dessous, ne proque aucune douleur.

L'estomac n'est pas dilaté, mais la pression du creux pigastrique, pratiquée avec un seul doigt, provoque ne vive douleur.

La malade fut soumise pendant neuf jours à la cure e Vichy, et prit pendant cinq jours de la macération de euilles de digitale, tout cela sans aucun résultat. Je rescrivis, le 23 août, l'application d'une mouche de Milan sur le creux épigastrique, des gouttes de Gallard t des douches tièdes en éventail. Sous l'influence de ette médication, la sensibilité épigastrique diminua, ais il ne survint aucune modification dans les autres ymptômes. Le 25 août, je formulai la potion suivante :

Chlorhydrate de cocaïne. 0 gr. 10 cent.
Eau. . . . . 50 gr.

A prendre par cuillerées à café dès le début des rises gastralgiques.

L'ingestion d'une seule cuillerée fait avorter les rises qui, les jours suivants, s'espacent de plus en lus.

Le 10 septembre, la malade va mieux, elle est plus orte, mais ne peut monter un escalier sans avoir une rise gastralgique.

A cette époque, mon diagnostic était à peu près fixé ; en raison surtout du tremblement, de l'exophtalmie, du goitre, et de l'examen des selles qui avait été toujours négatif au point de vue de la constatation des calculs, de l'arrêt des crises par 1 centigr. de cocaïne, je m'étais arrêté au diagnostic de goitre exophtalmique. Toutefois, en raison de l'abolition des réflexes rotuliens et des crises gastralgiques, je me demandais si je n'avais pas affaire à l'association de la maladie de Basedow et du tabès dorsalis.

L'examen de l'appareil de la vision, sur lequel je comptais beaucoup pour applanir les difficultés du diagnostic, fut pratiqué par mon confrère et ami, le Dr Kœnig, et permit de faire les constatations suivantes :

Exophtalmie très prononcée. Le champ d'excursion des globes oculaires est très limité ;

Diplopie, d'origine mécanique, placée sous la dépendance de l'exophtalmie, avec modification dans l'écartement des images.

Signe de Græfe. Les paupières ne suivent pas les globes oculaires dans l'abaissement ; elles restent rétractées ; elles sont même beaucoup plus rétractées pendant les mouvements des yeux qu'à l'état de repos de ceux-ci ;

Les pupilles sont petites, réagissant bien à la lumière et à l'accommodation ;

Pas de lésion du fond de l'œil.

Il n'y avait plus de doute, Mme G... était atteinte de la maladie de Basedow ; quant à la question de la coexistence du tabès, elle était toujours en suspens, mais la suite de l'histoire de la malade m'a porté à l'éliminer.

J'eus alors recours au traitement électrique par les courants continus qui, dans trois cas de maladie de Basedow, m'avait déjà donné des succès remarquables ; je ne ferai que reproduire en résumé le procédé opératoire de ce mode d'électrisation, tel que je l'ai déjà publié. (*Revue de thérapeutique générale et thermale*, 1892, n° 7, p. 99.)

Application d'un des rhéophores (large plaque) sur la région précordiale (positif), l'autre étant placé alternativement pendant cinq minutes au-devant du cou, pendant cinq minutes à la nuque et au niveau du pneumogastrique gauche ; j'employai, pour cette dernière application, un rhéophore étroit sous forme de tampon arrondi. L'intensité du courant doit être de 3 à 10 milliampères, suivant la tolérance du sujet. L'intensité moyenne employée chez ma malade a été de 8 milliampères.

Une séance a été faite tous les jours ; l'état a été très rapidement amélioré.

Dès la première séance, la malade a marché plus facilement, sans dyspnée ni douleur, et avec moins de dandinement ; les crises gastralgiques ont été supprimées.

L'amélioration s'est accentuée de plus en plus et le

25 septembre, Mme G... pouvait faire des promenades à pied ; elle n'avait plus de crises gastralgiques.

Le même mouvement incoordonné des jambes persiste quand la malade est étendue sur son lit à l'état de veille, pour cesser quand elle dort ; le sommeil est meilleur. La parole est moins saccadée, moins rapide. Les yeux sont moins saillants ; le cou est moins proéminent.

La marche est facile ; Mme G... n'a presque plus de dandinement, celui-ci ne persiste que quand elle est fatiguée. Elle fait 500 mètres au moins le matin, plus d'un kilomètre l'après-midi sans fatigue ; elle vient à ma consultation, va à la douche, sans fatigue.

La station verticale est plus facile ; la malade ne peut pourtant se tenir debout, immobile, pendant longtemps; les jambes s'effondreraient si elle persistait.

La respiration n'est plus gênée ; la malade a encore de temps en temps un peu de dyspnée, mais peu prononcée. Les fonctions stomacales et intestinales s'accomplissent régulièrement. Le tremblement est beaucoup moins prononcé ; la tête ne tremble presque plus ; aux membres supérieurs, le tremblement est nul à certaines heures, pour reparaître, mais peu intense, le matin.

Les crises gastralgiques sont abolies.

La malade dort bien, mais elle est agitée la nuit, elle se réveille fréquemment, en proie à des sueurs profuses ; l'agitation l'oblige à se lever deux ou trois fois par nuit, pendant une demi heure ou une heure, malgré une potion au valérianate d'ammoniaque.

Mme G... est beaucoup moins nerveuse. Elle éprouve les mêmes sensations de chaleur. La toux est moins fréquente et peu pénible. L'impulsion cardiaque est normale comme intensité et fréquence, et elle ne soulève plus la paroi thoracique. Le battement des vaisseaux du cou est peu apparent.

L'épigastre n'est plus sensible.

La malade a eu ses règles il y a huit jours, en moyenne abondance. Je dois ajouter que concurremment au traitement électrique, Mme G... a fait le traitement hydriatique de Vichy et elle a pris des douches froides.

Mme G... quitte Vichy très améliorée ; la teinte subictérique des sclérotiques a disparu. Son médecin, sur mes conseils, continue encore un mois le traitement électrique, et la malade se considère comme guérie, lorsque le chagrin éprouvé à la suite de la mort de son petit-fils provoque une rechute qui est enrayée par le même traitement.

J'ai reçu récemment des nouvelles de Mme G..., elle n'a plus ni douleur gastralgique, ni tremblement, elle marche à peu près normalement et elle se trouve en excellent état.

Il m'a semblé que cette observation était intéressante à vous communiquer, en raison du complexus pathologique présenté par ma malade, en raison des erreurs de diagnostic auxquelles de semblables faits peuvent donner lieu, et en raison des résultats excellents produits par le courant continu, alors que tous les traitements antérieurs avaient été inutiles. Je dois ajouter que j'ai appliqué dans ce cas le courant continu et non l'électrisation par le courant faradique, conseillé par le Dr R. Vigouroux, parce que dans trois cas où je l'avais expérimenté antérieurement, la faradisation avait été suivie de résultats nuls, sinon d'aggravation, tandis que le courant galvanique m'a toujours donné une amélioration rapide, comme dans le cas actuel.

Quant à l'idée que j'ai émise, de la coexistence de la maladie de Basedow et du tabès dorsalis, en raison des crises gastralgiques et de l'abolition du phénomène du genou, je l'ai abandonnée pour limiter mon diagnostic à celui de la maladie de Basedow ; en effet, il est bien reconnu aujourd'hui que l'abolition du réflexe rotulien n'est pas pathognomonique du tabès, et qu'on la constate chez un assez grand nombre d'individus bien portants et sans lésions des cordons postérieurs ; quant aux crises gastralgiques, elles étaient, à mon avis, symptomatiques de l'état névropatique de la malade et une conséquence de son goitre exophtalmique, ainsi que l'a prouvé le résultat du traitement.

BIBLIOGRAPHIE

Les vieux dogmes cliniques devant la pathologie microbienne, par le professeur Grasset. (Montpellier, 1894.)

Les deux leçons que vient de publier M. le professeur Grasset servent d'introduction à son cours de clinique médicale ; nous ajoutons qu'elles devraient servir d'introduction pour quiconque entreprend l'étude de la pathologie générale et de la clinique.

En présence des découvertes prodigieuses de la microbiologie, nous assistons à un mouvement qu'on est trop facilement porté à prendre pour une révolution alors qu'il s'agit seulement d'une évolution qui ne présuppose pas nécessairement la ruine des croyances passées. C'est s'exposer à des mécomptes graves que de croire perdues sans retour les acquisitions apportées à la science par des siècles de patiente observation. Ce sont les théories qui passent ou subissent des fortunes diverses, les faits restent toujours, il y a longtemps qu'on l'a dit. Ce que M. le professeur Grasset a cherché au début de ses leçons, c'est précisément de faire sentir comment le présent se rattache au passé et de montrer aussi que le vitalisme, vieux dogme de l'école de Montpellier, a reçu des nouvelles doctrines une sorte de rajeunissement.

C'est d'abord la démonstration faite par Pasteur de la nature biologique des fermentations qui représentent la fonction vitale des ferments, puis la doctrine de la spécificité des germes morbides, défendue depuis longtemps à Montpellier, qui passe de par l'observatio

rang d'un fait démontré, inattaquable. Le fait était bien démontré qu'outrepassant les droits de l'observation, la théorie s'est trop hâtée de généraliser. Que germes pathogènes pénètrent dans l'organisme, ils nt susciter, de la part de nos éléments, des réactions ales et générales qui sont des manifestations de l'acité vitale propre à l'organisme.

Plus loin M. Grasset montre que l'immunité créée périmentalement est encore le résultat d'une réaction l'organisme inoculé par les microbes ou par leurs oduits solubles de sécrétion, en d'autres termes c'est e fonction de l'organisme mise en jeu par les prots microbiens ; « sous l'influence des microbes, l'orisme vivant modifie sa nutrition, vit différemment, transformé, a un tempéramment nouveau. Voyez-s poindre, dit M. Grasset, le tempérament morbide, diathèse, la maladie générale chronique, qui reste ction de l'être vivant, alors que la provocation vient microbe ! ». Tout cela donne aux théories vitalistes regain de jeunesse.

Une des croyances de l'ancienne médecine était celle rôle que jouent les éléments météorologiques dans tiologie des maladies. Le froid, la chaleur, l'humidité pression atmosphérique, l'électricité étaient les facurs tout-puissants de cette étiologie qui parut si ba-e et si surannée à l'aurore de la microbiologie. Or, se trouve que ces facteurs agissent précisément les microbes pour en modifier les formes et les ctions pathogènes ; ils agissent encore pour modifier, minuer ou exalter notre résistance à la maladie, st-à-dire nos moyens de défense à l'invasion microbienne. Dès lors l'influence du froid reprend un sens n défini. Puis l'organisme se comporte d'une façon différente en face de son ennemi suivant qu'il a l'immué naturelle (état bactéricide) ou qu'il ne la possède s (état bactéricole). Or, certaines causes, comme le menage, suppriment cette immunité. Etat bactéride ou bactéricole, il s'agit toujours d'un état propre 'organisme, d'ordre vital et indépendant de l'action crobienne.

Mais voici que l'organisme n'a pu résister et que la ladie est constituée. La maladie est-elle une lésion n organe ? Le simple bons sens éclairé par nos noulles connaissances a fait justice de cette doctrine. t-elle constituée par le développement du microbe en us ? M. Grasset ne le croit pas. D'abord le même crobe peut produire des maladies différentes, le ème streptocoque qui cause la grippe peut déterminer érysipèle, une fièvre puerpérale, l'infection purute, des pseudo-rhumatismes. Ensuite il est très rare e le sang contienne des microbes dans les maladies icrobiennes ; dans la diphtérie le bacille reste tours localisé aux muqueuses lésées. Pour M. Grasset maladie est constiuée « par un état spécial de l'orisme malade, par une altération *totius substantiæ*, trouble nutritif dont l'essence nous échappe, mais dont le principe actif est, non dans le microbe, mais dans l'organisme vivant ».

Enfin l'hérédité, dans nos nouvelles conceptions, est la transmission des parents à l'enfant non pas de microbes (pour M. Grasset c'est de la contagion et non de la vraie hérédité) mais des états bactéricide, bactéricole et morbide post-bactérien. Les exemples abondent de transmission héréditaire de l'immunité et de l'état morbide port-bactérien. Cette transmission héréditaire de l'état morbide est ce qui crée la diathèse.

M. Grasset termine ces leçons en montrant que si la notion microbienne a créé la véritable prophylaxie, la thérapeutique a toujours le même objectif, la même orientation, c'est-à-dire l'organisme malade qui « provoqué par ce remède, fait la guérison ». Ces leçons constituent d'excellentes pages de philosophie médicale, dont l'auteur a eu à cœur de défendre les droits de la clinique. L. JUMON.

Précis de clinique thérapeutique, par le Dr A. F. PLICQUE. (Steinheil, édit. Paris, 1894.)

Si le nombre des journaux et revues de médecine va chaque jour en augmentant, le nombre des recherches originales et vraiment intéressantes, et des travaux marquant un progrès réel dans la science, n'en reste pas moins relativement restreint. Il en de même des livres. Que de livres de thérapeutique, par exemple ! que de formulaires ! !

Il n'y a pas encore bien longtemps que seuls les maîtres publiaient des volumes (et encore ces volumes étaient-ils rares !) et la bibliothèque du médecin ne comportait en réalité que bien peu de livres. Que les temps sont donc changés ! Maintenant à peine a-t-on quitté les bancs de l'école que déjà l'on a en préparation un et quelquefois plusieurs ouvrages tout prêts à être mis sous presse. Encore élève, on veut être déjà maître.

Faut-il voir là une nouvelle folie qui frapperait tout particulièrement le monde médical ? N'est-ce qu'un reflet d'une maladie plus générale dont serait frappée la société tout entière ? Ne sont-ce pas plutôt les effets du fameux « struggle for life » où plus d'un cherchait à se donner aux yeux du monde, et surtout du client, une valeur que seule ses confrères seraient capables de lui contester ! « Ce n'est pas un médecin ordinaire, c'est un savant, me disait un jour un brave commerçant retiré des affaires après fortune faite, me parlant d'un de mes condisciples, il fait des livres. » Qu'on me dispense de dire mon opinion sur ces fameux livres ! Les nombreux ouvrages qui encombrent de plus en plus la vitrine des libraires, seraient-ils plutôt destinés à compléter notre éducation scientifique ? « A mes débuts dans la clientèle, écrit le Dr Plicque, je m'étais bien vite aperçu, — et plus d'un jeune confrère a dû passer par la même expérience que moi — que mon instruction thérapeutique, à peu près suffisante pour l'hôpital, était plus qu'insuffisante pour la ville. Restait donc à

la compléter. » Eh oui! mon cher Plicque, nous avons tous passé par là. Cela tient à plusieurs raisons : d'abord à ce que la clientèle n'est pas la même, non pas que celui qui paie, doive être soigné autrement que celui qui ne paie pas et se fait admettre dans un service d'hôpital (je crois même, entre nous, que ce dernier est généralement beaucoup mieux soigné que le premier), mais parce que les maladies se comportent assez souvent tout différemment à la ville et à l'hôpital, parce que les tempéraments, les constitutions varient suivant une foule de circonstances, le milieu social, la profession, la misère, etc.; de plus nous voyons en ville une foule de maladies que l'on ne rencontre qu'exceptionnellement à l'hôpital (y soigne-t-on souvent des goutteux, des migraineux, des neurasthéniques, etc?); et puis nous sommes souvent appelés pour une foule de malaises, d'indispositions, de petits accidents, auxquels le malheureux ne prête souvent aucune attention, pour lesquels il ne se soigne pas, pour lesquels on ne le recevrait pas à l'hôpital. N'est-ce pas là, en partie du moins, la cause de notre ignorance, de notre insuffisance, de nos tâtonnements au début de la carrière médicale?

Et puis chaque jour apporte un nouveau médicament, de nouvelles formules; les gens du monde les connaissent par les journaux politiques qui prennent, hélas! de plus en plus l'habitude de parler d'une foule de choses où ils n'ont que faire, le médecin ne doit pas les ignorer, même lorsqu'ils n'ont d'autre valeur que celle que peut leur donner la réclame (mais les journaux de médecine, eux-mêmes, ne vivent-ils pas de cette réclame?); de là cette surabondance d'articles de journaux, de monographies, de volumes, de cliniques, etc. Recueillir, résumer et condenser une partie tout au moins de ces documents, tel a été le but du Dr Plicque. Beaucoup d'autres, beaucoup trop d'autres même, l'ont tenté comme lui; mais peu y ont aussi parfaitement réussi.

« Un tel résumé ne saurait avoir de prétention scientifique, dit l'auteur, mais il pourra rendre service au praticien qu'il dispensera d'un travail de recherches disséminées, travail intéressant peut-être, mais forcément très long. » Il y a plus dans ce précis de thérapeutique, car à côté des médicaments et de la manière de les prescrire, le Dr Plicque entre dans une foule de détails sur les soins que comporte telle ou telle affection et que réclame le malade dans telles ou telles circonstances; il indique les petits moyens qui ne sont pas de la thérapeutique au sens précis du mot, mais qui n'en soulagent pas moins le malade et qui lui donnent tout de suite confiance en son médecin. Que de confrères n'ont dû leur énorme succès dans la clientèle qu'à la minutie avec laquelle ils s'occupaient de force détails bien insignifiants en apparence, alors que bien souvent ils laissaient la bonne nature se charger de la guérison d'une maladie qu'une médication un peu trop intempestive, aurait peut-être aggravée!

Dr E. Deschamps.

La chirurgie du rein et de l'uretère, par M. Legueu. — Rueff et Cie, édit. Paris, 1894.

Ce volume nous montre comment on peut faire bie et complet, en restant bref et concis, M. Legueu a s faire tenir en 264 pages tout ce qu'il est utile de savoi et de connaître pour être au courant de la chirurgi rénale. Il a su montrer combien étaient exagérés le travaux, en apparence cyclopéens, qui forment d gros et indigestes volumes, et qui ne contiennent rie de plus que ce que nous enseigne M. Legueu dans s modeste et élégante monographie. Pardon, ils contien nent quelque chose de plus, l'ennui que l'en éprouve e les lisant, ce que l'on ne trouve pas dans le « Petit ha bit noir » que je viens de parcourir.

Il se compose de deux parties, l'une de médecin opératoire, l'autre de thérapeutique chirurgicale. Dan la première se trouve exposée la technique des diverse opérations qui se pratiquent sur le rein et sur l'ur tère. Dans la seconde sont discutées et critiquées l applications relatives de ces opérations dans les d verses affections du rein et de son conduit excréteu

L'auteur, élève de l'école de Necker, attaché depu tantôt quatre années au service du professeur Guyo s'est inspiré de sa pratique et de son enseignemen dit-il lui même et « il a tenu avant tout à donner au idées et aux doctrines de son maître la place prépo dérante qu'elles méritent », ce que ne font pas, sa exception, tous les élèves du savant professeur Necker. Rendre à César ce qui appartient à César e une belle action en ce temps dont on doit félicite M. Legueu... sans lui retirer cependant tout le méri qu'il a eu de savoir mener à bien la tâche qu'il s'e imposée, et sans oublier de le remercier du service qu rend à tous ceux qui trouveront dans son livre un étude agréable, facile et complète.

F. Verchère.

REVUE DE LA PRESSE

Sur la bradycardie des convalescents. (*Deutsche Archiv. f. Klin. Med.*, Bd l II., hft 4.) — Dans un tra vail antérieur, Dehio avait déjà montré que l'atropin est un médicament qui permet de distinguer la brady cardie en cardiaque et extra cardiaque, c'est-à-dire l bradycardie qui tient à une lésion de l'appareil moteu du cœur de celle qui dépend d'une excitation du ner vague ou d'une paralysie du sympathique. La brady cardie qui tient aux affections chroniques graves d cœur résiste à l'atropine. L'examen pratiqué à c point de vue des bradycardies passagères observée dans la convalescence des maladies infectieuses donné une série de faits intéressants et importants. ne s'agit d'abord pas dans ce cas particulier d'un fa autonome, existant par lui-même, mais d'un phénomèn associé aux autres troubles cardiaques qui témoignen de l'asthénie du cœur.

es expériences faites avec l'atropine montrent que action est moins marquée dans les cas de ce re, il semble ainsi que la bradycardie de la convaence est d'origine cardiaque et indique un certain d'asthénie cardiaque.

ehio a cherché à interpréter cette asthénie comme suffisance cardiaque provoquée expérimentalement l'élévation de la pression sanguine, dans laquelle bserve parfois la bradycardie. L'arythmie associée symptôme est un argument en faveur de cette logie. En tout cas on ignore si l'insuffisance cardiaque tive des convalescents, est l'expression de lésions myocarde ou le résultat de l'action de produits ques. L. J.

ontribution à la pathologie cardiaque; contusion cœur. — Le Dr Hochhaus (*Deutsches Arch. f. klin.* .) rapporte deux cas intéressants concernant des vidus ayant présenté tous les phénomènes cliniques e myocardite, à la suite d'une contusion du ax.

e premier cas a trait à un individu vigoureux jusque- ien portant, qui, dans une chute, se fractura quel- côtes du côté gauche. Après la guérison des frac s, le malade présenta les signes d'une insuffisance cœur, avec emphysème. Les douleurs de la région cordiale, les palpitations, la dyspnée, qui s'aggra- nt, rendirent le malade complètement impotent; tard, l'œdème se montra aux extrémités infé- res.

e deuxième cas eut une marche analogue. A la suite ne chute qui n'intéressa qu'indirectement le thorax, douleurs apparurent dans la région du cœur, la née se montra, pour augmenter dans la suite. En ne temps que les douleurs précordiales, le malade senta une pâleur qui fit croire à une anémie, plus l, les symptômes d'une insuffisance cardiaque dimirent.

'auteur pense que dans ces cas et dans d'autres ervations analogues, des traumatismes plus ou moins ves ont amené des déchirures et des hémorragies nyocarde, qui compromettent plus ou moins long- ps les fonctions du cœur. L. J.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

éance du 5 juin 1894. — Présidence de M. J. Rochard.

a Correspondance comprend : 1° une lettre de M. le Dr E. umier (de Tours), priant l'Académie d'accepter le dépôt a pli cacheté (accepté) ; 2° une lettre de M. le Dr Foveau Jourmelles, adressant un mémoire sur l'emploi des cou- ts d'induction en électrothérapie ; 3° une lettre de M. le ichot (de Nevers) qui se porte candidat au titre de cor- ondant ; 4° une lettre de M. le Dr Adamkiewicz (de Vienne), didat au titre de correspondant étranger dans la section natomie pathologique.

Élection. — L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section de physique et chimie médicales.

Sur 74 votants, majorité 38, M. Hanriot est élu par 41 voix contre 31 données à M. Pouchet, 1 à M. Regnard et 1 bulletin blanc.

Gangrène spontanée d'un membre. — M. Panas. M. X..., âgé de 35 ans, nerveux, est fils d'un père éminemment goutteux, mort d'affection cardiaque. Des six frères et sœurs, trois sont aussi nerveux que le malade.

Les douleurs commencèrent il y a six ans, se compliquant de plaques rouges sur le membre inférieur gauche ; bientôt survinrent deux phlyctènes, qui firent place à des plaques noires de gangrène. Depuis, les douleurs restèrent très persistantes, sans que rien pût les calmer. La gangrène gagna les orteils et l'on dut pratiquer il y a deux mois l'amputation de la jambe gauche au tiers supérieur. Les douleurs spontanées, bien qu'atténuées, n'en continuèrent pas moins. Le calme ne fut obtenu qu'avec le salicylate de soude donné après beaucoup d'autres médicaments.

Ce qui frappa surtout pendant l'amputation, ce fut l'absence d'hémorrhagie. Au bout de vingt jours tout était cicatrisé.

Les artères furent examinées. Les artères et les veines profondes étaient très réduites de volume sans aucun caillot obturateur. Histologiquement la lésion consiste dans la prolifération de la gaine endothéliale des vaisseaux. Il en est de même dans les veines. C'est une endovasculite d'origine probablement nerveuse, à cause des douleurs qui, pendant six ans ont précédé la gangrène. Les nerfs sont également altérés.

En admettant l'origine nerveuse de la gangrène, on ne peut que faire des hypothèses au point de vue de la cause de la lésion. D'après les examens histologiques, les vaisseaux paraissent avoir été primitivement malades ; la lésion paraît avoir progressé de la périphérie au centre. C'est une affection généralisée du système vasculaire.

Comme antécédents, il n'y avait ni syphilis, ni alcoolisme, ni aucune autre cause appréciable de gangrène.

M. Verneuil insiste sur ce fait que l'histoire des gangrènes chirurgicales est encore entourée de la plus profonde obscurité.

M. Laborde dit à ce propos que l'aconitine est un véritable médicament spécifique pour les névralgies du trijumeau. Elle agit dans les vingt-quatre heures, à la dose d'un quart de milligramme d'azotate d'aconitine cristallisée toutes les cinq heures.

M. Laveran. L'observation de M. Panas présente la plus grande analogie avec la mienne, avec cette différence que chez mon malade la gangrène a envahi successivement les deux membres inférieurs. Dans les deux cas il y avait une endo-artérite généralisée. Dans mon cas il n'y avait aucune lésion du système nerveux. Je crois donc qu'il s'agit là d'une maladie du système vasculaire. Chez mon malade les douleurs ont disparu complètement à la suite de l'amputation. Le pronostic me paraît toutefois assez sombre, car il s'agit d'une lésion généralisée qui trouverait peut-être sa cause dans le paludisme.

M. Verneuil rappelle qu'avec M. L.-H Petit il a déjà attiré l'attention sur la gangrène d'origine palustre.

M. Fournier. Les lésions artérielles, c'est le mécanisme, c'est le comment, mais le pourquoi nous échappe absolument. Dans le cas dont nous a parlé M. Panas, j'ai cherché

avec soin la syphilis acquise ou héréditaire, et je n'ai rien trouvé. J'ai vu, en effet, un jeune homme d'ailleurs très bien portant et qui, dans les premiers mois de sa syphilis, eut une gangrène pour laquelle on dut l'amputer. Le salicylate de soude est un excellent calmant de la douleur, et en particulier, il réussit souvent pour les douleurs fulgurantes des tabétiques.

Vaccinations et revaccinations. — M. Hervieux communique à l'Académie le rapport sur les instituteurs et institutrices publics et privés qui, par leurs efforts, ont contribué le plus activement à la propagation de la vaccine dans les écoles. Ce rapport comprend : 1° un exposé des résultats obtenus par une première application de la circulaire ministérielle relative aux récompenses ; 2° les desiderata de cette application ; 3° les avantages considérables qu'on pourrait retirer d'une application rigoureuse de la circulaire.

Résultats. — Efforts d'un grand nombre d'instituteurs ou institutrices pour vaincre la résistance que l'apathie, l'insouciance, les préjugés, l'ignorance, etc., opposent aux vaccinations et surtout aux revaccinations, augmentation notable du nombre de ces opérations dans les écoles.

Desiderata. — Nombre trop minime des états de vaccinations adressés aux ministres par les préfets, quelques départements même n'ont rien envoyé A l'exception d'un seul département qui désigne pour les récompenses proposées les instituteurs et institutrices tant publics que privés, tous les autres départements ne mentionnent que ceux qui appartiennent aux écoles publiques, ou s'ils signalent les autres, c'est en omettant leur qualification de privés.

Avantages. — L'application de la circulaire ministérielle a permis de constater : 1° que dans la grande majorité des écoles communales, les enfants ne sont ni vaccinés, ni revaccinés ; 2° que le nombre des médecins inspecteurs est insuffisant ; 3° que dans les campagnes, la gratuité des opérations vaccinales étant indispensable pour triompher de toutes les résistances, les frais de ces opérations devraient être inscrits au budget des communes ; 4° que les prescriptions ministérielles en exigeant la surveillance des écoles privées et publiques faciliteront l'exécution de toutes les lois de l'hygiène dans ces écoles.

Rapport. — M. Dumontpallier lit le rapport sur les mémoires envoyés pour le prix Orfila.

A 5 heures, l'Académie se forme en comité secret pour entendre les conclusions des deux rapports ci-dessus.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 1er juin 1894. — Présidence de M. Ferrand.

Adénome pédiculé de la paroi postérieure de l'estomac. Ablation. Suture des deux parois stomacales. Guérison. — M. Chaput. Le 4 avril dernier, entrait, à la Salpêtrière, un malade de 64 ans, profondément cachectique. Cet homme ne présentait pas d'antécédents héréditaires importants. A 14 ans, il avait eu une ostéomyélite du tibia droit qui a laissé subsister jusqu'à l'heure actuelle une fistule purulente. Il fait remonter à neuf mois le début de sa maladie actuelle. Il a eu d'abord de mauvaises digestions, des coliques, des gargouillements après les repas. Il y a trois mois, il a vomi, deux jours de suite, des matières noirâtres ressemblant à du goudron. Depuis cette époque, il éprouve une douleur sourde à l'épigastre, il a perdu l'appétit et quand il mange il vomit le plus souvent. Il s'est aperçu depuis trois mois de l'apparition d'une tumeur épigastrique. Il a beaucoup maigri depuis le début de ses accidents dyspeptiques.

A l'entrée à l'hôpital, le malade est maigre, jaune, cachectique. On constate à l'épigastre la présence d'une tumeur volumineuse, perceptible à la vue, mais plus sensible à la palpation, limitée en bas par une ligne horizontale passant par l'ombilic ; en haut par le rebord des fausses côtes et une autre ligne horizontale passant à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic ; en dehors, par le rebord costal ; en dedans, elle empiète d'un travers de doigt sur la ligne médiane, à droit de laquelle elle se prolonge. La tumeur présente une consistance dure, non fluctuante, elle est sonore à la percussion ; elle est mobile transversalement, moins mobile dans le sens vertical. Elle est douloureuse spontanément et à la pression. Quand on a fait contracter les muscles de l'abdomen, la tumeur s'efface derrière le rideau musculaire.

On ne trouve pas de signes de dilatation stomacale, ni tympanisme, ni gargouillement. Pas de ganglions sus-claviculaires, ni dans les autres régions. Le lavage de l'estomac et l'examen du suc gastrique n'ont pas été faits pour ne pas fatiguer le malade.

En présence de ces symptômes : troubles digestifs, vomissements sanglants, cachexie, tumeur, je portai le diagnostic de cancer de l'estomac. J'hésitais d'abord à intervenir à cause de l'état cachectique du malade, puis je me décidai en me basant sur cette considération que le pylore était vraisemblablement intact puisque l'estomac n'était pas dilaté, que la tumeur siégait au niveau d'une des faces de l'organe, et que son ablation serait beaucoup plus bénigne que celle du pylore cancéreux.

L'opération fut pratiquée le 10 avril. Depuis plusieurs jours le malade avait été mis au lait ; il n'avait rien pris depuis la veille au soir, à 5 heures. Je fis d'abord une laparotomie médiane sus-ombilicale, j'amenai ensuite au dehors l'estomac, dont la paroi antérieure est saine et glisse à la surface d'une tumeur située plus profondément. J'incisai cette paroi antérieure sur une longueur de 12 centimètres à égale distance entre la grande et la petite courbure. L'hémostase temporaire des lèvres de la plaie a été faite à l'aide de pinces en cœur et en T à pression douce.

La tumeur intrastomacale apparaît alors avec un aspect lobulé et une surface non ulcérée, mais recouverte de mucus blanchâtre. Lavage à l'eau bouillie de la cavité stomacale pour la désinfecter convenablement. On constate ensuite que la tumeur est implantée sur la paroi postérieure par un pédicule court et mince, mais dont la ligne d'insertion sur la paroi stomacale mesure environ 8 centimètres.

Le pédicule est saisi avec des pinces à longs mors qui empiètent de plusieurs centimètres sur la paroi saine voisine et coupé avec les ciseaux. En levant mes pinces, je constatai que le péritoine n'avait été ouvert que dans la moitié gauche de l'incision ; dans la moitié droite, la muqueuse a seule été excisée.

Au niveau de la brèche péritonéale je place un étage de sutures muco-muqueuses ; cette suture, faite avec un

tinu, se prolonge sur la muqueuse. Le ventre est ensuite rmé; les suites de cette opération furent extrêmement ples; le malade ne présenta aucune réaction inflammae et put s'alimenter en bout de très peu de temps.

L'examen histologique montre la présence de cavités ndulaires nombreuses, tapissées d'un seul rang de celes cylindriques avec un tissu interstitiel œdématié et ivre en cellules.

Ces signes, joints à l'existence du pédicule et à l'absence ulcérations, permettent de penser que nous avons eu aire à un adénome plutôt qu'à un véritable cancer... — malade a été présenté guéri à la dernière séance de la ciété de chirurgie, le 23 mai dernier, quarante-trois jours rès son opération.

Il avait engraissé de 6 kilogrammes et son état général ait parfait.

M. Chaput fait passer sous les yeux de la Société des otographies du malade et la tumeur en question.

Abcès du foie à pus stérile. — M. Rendu. Il s'agit d'une mme chez laquelle l'affection aurait débuté par une douur assez vive à la fosse iliaque droite. On pensa d'abord à ne fièvre typhoïde; en effet, la malade entra à l'hôpital vec un état typhique des plus marqués ; le foie était gros douloureux. On pensa à l'existence d'une entérite ulcéeuse antérieure avec survenue de péritonite péri-hépaque. Peu à peu, sous l'influence d'une thérapeutique ppropriée, la douleur diminua. Cependant l'aspect clinique hangea de forme; on trouva une congestion pulmonaire t bronchique très considérable, et le diagnostic de grippe nfectieuse fut posé. Les phénomènes abdominaux avaient omplètement disparu. Puis défervescence complète de tous es accidents fébriles; mais la cachexie continua à être ssez accentuée, la malade succombait bientôt à l'inanition sans présenter aucun autre symptôme nouveau.

L'examen microscopique démontra l'épaississement du péritoine, qui englobe le cæcum et son appendice. On trouva dans l'intestin des cicatrices d'anciennes ulcérations qui ont été le point de départ des embolies septiques propagées au foie. Le foie est bosselé surtout au niveau du lobe droit, qui apparaît criblé de cavités suppurantes, dont les plus volumineuses ont le volume d'une noix. Le pus y est épais, nettement phlegmoneux. Ce sont bien des collections d'origine veineuse. Les autres organes ne présentent rien à signaler ; nulle part de suppuration.

L'examen du pus a été fait et on y trouve des chaînettes de streptocoque pyogenes. Une autre partie du pus fut examinée par cultures et s'est montré toujours stérile. Donc, microbes microscopiquement visibles et stérilité des cultures. Ces abcès ont évolué silencieusement.

On peut donc penser que si on trouve du pus amicrobien dans les abcès du foie, il n'est pas certain que les microbes n'ont pas existé à un moment donné. Pourquoi les microbes perdent-ils leur virulence ? Peut-être y a-t-il là une action directe du foie ; cette question ne peut être que soulevée.

XI[e] CONGRÈS INTERNATIONAL DES SCIENCES MÉDICALES

Tenu à Rome du 29 mars au 5 avril 1894.

—

MÉDECINE (*suite et fin*).

Structure de l'écorce cérébrale dans la paralysie générale. — M. Luys (Paris). Sur les préparations à l'état normal, on voir la disposition naturelle de la substance blanche et des corpuscules de la névroglie, ainsi que les tubes nerveux entourés des capillaires. Dans les zones profondes de l'écorce, on voit l'orientation générale des cellules pyramidales dont les prolongements supérieurs sont tous dirigés dans le même sens vers la périphérie, tandis que les prolongements latéraux s'anastomosent entre eux pour former un tissu réticulé inextricable. Les cellules forment des zones parallèles superposées les unes au-dessus des autres et des zones transversales. Les éléments de la névroglie sont mélangés aux éléments radiculaires des cellules. La névroglie se présente sous la forme de corpuscules discoïdes, insérés par leur prolongement au milieu des réseaux des cellules et des fibres blanches. Elle forme à la surface de l'écorce un stroma spongieux sous méningé, d'épaisseur variable suivant les âges dont on voit un spécimen très net : c'est un véritable épiderme de l'écorce.

A l'état pathologique, dans la paralysie générale en particulier, tous les éléments sont successivement modifiés : c'est surtout l'élément interstitiel, le réticulum de la névroglie, qui est l'agent destructif par excellence de tous les éléments nobles du cerveau. Sur des pièces à faible grossissement, l'envahissement de la névroglie sous forme de tractus sclérotiques commence à apparaître par une dilatation des gaines vasculaires. Puis le travail sclérosique envahit les capillaires, épaissit leurs parois et oblitère littéralement, ainsi qu'on peut le voir, la lumière de quelques-uns de ces vaisseaux, ce qui amène, comme on peut penser, l'usure des éléments actifs, la démence précoce.

Çà et là, on peut juger de l'intensité du travail sclérosique interstitiel. Ce travail est caractérisé par une trame nouvelle dans laquelle on observe des vacuoles plus ou moins multiples remplies de sérosité.

Les régions de l'épiderme sous-méningé acquièrent une vitalité excessive et gagnent ainsi les régions sous-jacentes de l'écorce.

Ces processus destructeurs se propagent simultanément dans les régions grises et les régions blanches.

Les régions grises présentent une destruction successive des cellules pyramidales : elles sont peu à peu écrasées, déformées et anéanties par l invasion du tissu névroglique, dont les éléments prolifèrent avec une vitalité extrême.

On voit, sur ces pièces, les différentes phases de leur envahissement et de leur destruction progressive, jusqu'au moment où elles ne représentent plus qu'un magma informe.

CHIRURGIE

De l'ouverture directe du foyer tuberculeux dans la paraplégie du mal de Pott dorsal. — M. le Dr V. Ménard, de Berck-sur-Mer. La durée souvent très longue de la paraplégie du mal de Pott et la gravité des accidents dont

elle peut se compliquer, ont fait regretter jusqu'ici l'absence d'un moyen thérapeutique que l'on puisse lui opposer avec succès.

Après avoir éprouvé chez deux malades l'inefficacité de la lamnectomie, nous avons, en pratiquant la même opération chez un troisième paraplégique, ouvert incidemment un abcès tuberculeux provenant des corps vertébraux. La paraplégie a guéri rapidement. Donnant au fait l'interprétation qui nous semblait lui convenir, nous avons renoncé à découvrir désormais la moelle dans le canal rachidien et nous avons été conduit, au contraire, à pratiquer l'ouverture directe du foyer tuberculeux des corps vertébraux chez deux malades âgés de 9 ans et 10 ans 1/2, atteints de mal de Pott dorsal, avec gibbosité et avec une paraplégie complète, remontant à plusieurs mois. A l'abolition des mouvements volontaires, s'ajoutaient des contractures et une anesthésie presque totale.

Le procédé opératoire a été le même dans les deux cas.

Premier temps : Incision verticale de six centimètres, sur la partie culminante de la gibbosité, à trois centimètres de la ligne médiane sur le côté droit divisant la peau et les muscles.

Deuxième temps : Résection avec la pince-gouge d'une ou de deux apophyses transverses de leur sommet à leur base ; résection sous-périostée de l'extrémité rachidienne des côtes correspondantes sur une étendue de 5 à 6 centimètres.

Troisième temps : Une sonde cannelée, suivant de dehors en dedans le canal périostique de la côte enlevée, arrive sur les corps vertébraux malades, et ouvre le foyer tuberculeux ou bien élargit l'ouverture déjà faite. Dans le premier cas, l'écoulement du pus tuberculeux a suivi immédiatement l'ablation d'un drain double et d'un lavage antiseptique ; la plaie cutanée et musculaire est réunie, sauf sur le passage du drain. L'ouverture du foyer tuberculeux pratiquée une fois accidentellement au cours d'une lamnectomie, deux fois d'après le procédé précédent, a été suivie, dans les trois cas, d'une guérison très rapide de la paraplégie. Le soir même de l'opération, les mouvements volontaires et la sensibilité reparaissent à un faible degré mais cependant d'une manière évidente ; au bout de quatre ou cinq jours, la sensibilité est vive sous ses trois formes principales : toucher, piqûre, chaleur; trois semaines plus tard les malades peuvent se tenir debout et commencent à marcher. La guérison de la paraplégie, complète dans deux cas, un peu incomplète dans le troisième cas, a persisté depuis plus de six mois ; elle peut être considérée comme définitive.

La fistule qui est restée sur le trajet des drains n'a qu'un trajet très court et ne donne lieu qu'à une suppuration insignifiante. L'état général des malades, très misérable avant l'opération, s'est beaucoup amélioré depuis.

La guérison rapide des troubles paralytiques à la suite de l'opération que j'ai décrite ne peut être expliquée qu'en admettant que ces troubles étaient produits par le mécanisme de la compression médullaire. On sait que la compression de la moelle dans le mal de Pott n'est due ni à la saillie en arrière d'un fragment osseux déplacé, fait extrêmement rare, ni au rétrécissement osseux du canal rachidien, qu'on ne rencontre pour ainsi dire jamais à un degré marqué, même lorsque six, huit, dix corps vertébraux ont été détruits comme nous l'avons observé.

La moelle est habituellement comprimée par un abcès tuberculeux dont un prolongement a pénétré dans le canal rachidien. On sait que le contenu de ces abcès est soumis à une certaine tension représentée par une colonne mercurielle d'une hauteur de 12 à 22 millimètres (Lannelongue). La paraplégie est observée presque exclusivement dans le mal de Pott de la région dorsale, depuis la deuxième jusqu'à la neuvième vertèbre de cette région, les abcès tuberculeux du mal de Pott restent beaucoup plus souvent sessiles que dans les régions cervicale et lombaire et qu'ils trouvent plus difficilement une issue vers l'extérieur.

Les médecins, qui voient un grand nombre de malades atteints du mal de Pott, savent que la paraplégie qui complique cette affection a souvent cédé après l'ouverture d'un abcès, que cette ouverture ait été spontanée ou opératoire. Nous n'avons jamais observé la paraplégie chez des malades dont le mal de Pott était compliqué d'une ou de plusieurs fistules (le mal sous-occipital mis à part).

Nous croyons que la paraplégie du mal de Pott est presque toujours due d'abord à la compression médullaire exercée directement ou indirectement par un abcès tuberculeux. La présence d'un ou de plusieurs abcès tuberculeux est pour ainsi dire constante à la période d'aggravation de la maladie. A une période plus tardive, la pachyméningite et la myélite transverse peuvent ajouter leur influence à celle de la compression et rendre la guérison de la paraplégie plus difficile à obtenir.

L'opération, que nous avons pratiquée et que nous proposons, supprime manifestement la compression de la moelle. Deux de nos opétés ont rapidement et complètement guéri ; si, chez le troisième, la guérison reste encore incomplète, le fait nous paraît imputable à une altération anatomique de la moelle, qui persiste après qu'on a fait disparaître la compression.

Il ne nous est pas complètemeni démontré qu'aucune intervention chirurgicale pratiquée jusqu'ici ait exercé une action très favorable sur la myélite transverse du mal de Pott. Par la laminectomie on a pu enlever des fongosités entourant les méninges et la moelle, ouvrir et gratter des abcès intrarachidiens. Mais cette opération ne s'adresse qu'indirectement aux lésions des corps vertébraux. En outre elle a donné jusqu'ici une mortalité de 40 p. 100 et 28 p. 100 de guérisons (statistique de 103 cas de lamnectomie) n'autorisant pas actuellement à faire entrer cette opération dans la pratique habituelle.

L'ouverture directe du foyer tuberculeux des corps vertébraux telle que nous l'avons pratiquée avec succès est une opération d'une exécution facile et exempte de danger. Elle agit sur le foyer tuberculeux en supprimant sa tension d'une manière immédiate, elle permet de modifier dans la suite les lésions osseuses par des injections antiseptiques et même légèrement caustiques.

Encouragé par les résultats qu'elle nous a déjà fournis, nous sommes disposé à la pratiquer de nouveau chez des sujets affectés du mal de Pott avec une paraplégie grave qui n'aura pas cédé au traitement habituel par le décubitus horizontal. Nous pensons qu'on pourra la paatiquer de bonne heure, si la paraplégie est accompagnée d'accidents graves comme des eschares de la région sacrée.

Des indications de la cholécystotomie. — M. le Dr Vautrin, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Nancy. Les chirurgiens ont une préférence marquée pour la cholécys-

omie, qu'ils pratiquent dans presque tous les cas, alors la cholécystotomie peut amener une guérison aussi ale, avec moins de dangers et sans créer une situation siologique anormale dans les organes biliaires. Dans ésions calculeuses biliaires intéressant la vésicule et le cystique, la cholécystotomie donne d'excellents ltats. Cette opération, tentée pour la première fois en rique, a eu des débuts malheureux ; de là l'opinion euse émise sur sa valeur, opinion qui ne s'est pas ore modifiée aux yeux de nombreux chirurgiens. Les istiques de Blaise (thèse de Nancy, 1892) démontrent endant que la mortalité dans la cholécystotomie est à près égale à celle de la cholécystectomie (17 à 19 0/0). a cholécystotomie se pratique suivant deux procédés : 1) *cholécystotomie idéale* de Bernay, consiste dans l'ouver- de la vésicule pour en extraire les calculs dans la ure et la réduction de l'organe dans le ventre 2). La *écystotomie avec cholécystopexie* n'est autre chose que pération précédente, mais la plaie de la vésicule est intenue par des sutures au contact de la paroi abdomi- le. Cette dernière opération, exécutée par Parkes et rmalt et que j'ai pratiquée avec succès le premier en ance, je crois, me semble la plus rationnelle et la plus commandable, à cause de sa facilité, de la sécurité qu'elle ocure et de la surveillance facile de la ligne de suture. is pour être exécutée, elle exige que la vésicule soit sez distendue pour être facilement amenée à la paroi, et e les parois de l'organe ne soient pas trop altérées ou filtrées de pus. C'est dans l'hydropisie de la vésicule que tte opération a ses principales indications. En résumé, s indications de la cholécystotomie peuvent être résu- ées ainsi :

La cholécystotomie avec cholécystopexie est indiquée ans tous les cas où la vésicule peut être facilement amenée ans la plaie, lorsque les parois du réservoir et des canaux iliaires ne sont pas trop altérées. Elle expose, moins que a cholécystectomie idéale, aux fistules biliaires.

La cholécystotomie idéale doit être réservée pour les cas noins nombreux où la vésicule n'est ni distendue, ni altée, lorsque la perméabilité des voies biliaires est assurée t a été vérifiée par le cathétérisme.

Quant aux récidives, elles ne sont pas à craindre après a cholécystotomie, ainsi que le prouvent les observations léjà nombreuses. Il est, d'ailleurs, démontré que les calculs ne se forment pas seulement dans la vésicule, mais aussi lans les canaux biliaires, hépatique et cholédoque.

Des moyens de réparer les pertes de substance du crâne.

M. E. Saccai (Gênes). Dans une trépanation du crâne avec lésion des méninges et de la substance cérébrale, la perte osseuse ne se répare pas, et on observe toujours des adhérences du cerveau avec le tissu fibreux qui comble la cavité trépanée ; avec les moyens employés jusqu'aujourd'hui pour réparer les pertes de substance du crâne, lorsqu'il existe une lésion des méninges ou du cerveau, on observe toujours l'adhérence des méninges et du cerveau, soit avec la substance, quelle qu'elle soit, employée pour la prothèse, soit avec les contours de la brèche osseuse.

On sait, en clinique, combien sont fréquents les accès épileptiques et autres troubles nerveux ayant pour origine les adhérences entre le cerveau, les méninges et la boîte crânienne.

Il est donc nécessaire de trouver un moyen qui, d'une part, permette de réparer la solution de continuité du crâne, et, d'autre part, empêcher les adhérences du cerveau à l'enveloppe cranienne.

J'ai, pour combler ces pertes de substance, essayé d'employer des disques ou des fragments cartilagineux et j'ai pu me convaincre, par l'examen microscopique, que ces fragments étaient capables de vivre et de former un tissu osseux.

Pour empêcher la formation d'adhérences du cerveau aux parties osseuses, j'ai imaginé la méthode suivante : placer dans la brèche osseuse un disque muni d'une couche suffisante de périoste, et interposer entre le disque et l'encéphale des lambeaux plastiques destinés à empêcher que la substance cérébrale vienne en contact avec les disques.

Pour former ces lambeaux plastiques, je me suis servi du périoste d'os craniens ou d'os long ; j'ai aussi essayé de transporter des lambeaux de dure-mère pris à un autre animal : les lambeaux périostiques ont été placés « retournés » c'est-à-dire de telle sorte que leur surface externe vint directement en rapport avec la substance cérébrale.

En théorie, ces deux méthodes devaient correspondre au but proposé, et c'est ce que l'expérience sur les chiens a pleinement confirmé.

Si le disque greffé « retourné » adhère comme s'il avait été placé normalement, si, avec les méthodes que j'ai décrites, on peut éviter les adhérences du cerveau avec le disque, on voit tous les avantages qu'en pourra retirer la clinique.

Une application très étendue de la méthode peut être faite dans les cas de traumatisme du crâne avec perte de substance du cerveau, dans les cas d'extirpation de tumeurs des méninges ou du cerveau, dans les cas d'extirpation ou destruction de quelques centres corticaux dans le but de guérir certaines formes de psychopathies, dans les cas de cicatrices adhérentes du cerveau avec le crâne ou les téguments, etc., en un mot, dans tous les cas où le chirurgien, ayant fait la trépanation, ne veut pas, dans un but thérapeutique, maintenir ouverte la brèche qu'il vient de créer.

L'auteur rapporte ensuite un cas dans lequel, par traumatisme, on eut une perte de substance de la voûte cranienne d'une étendue de 25 centimètres carrés et où il employa son procédé de réparation au moyen d'insertion de disques ostéo-cartilagineux pris sur les épiphyses de fémurs de chien.

Les disques osseux, d'une superficie d'un centimètre carré environ et d'une épaisseur à peu près égale à l'épaisseur du crâne à réparer, vinrent s'appliquer sur la dure-mère comme une mosaïque, s'ajustant bien entre eux et au contour de la brèche cranienne. (Ces disques doivent être pris sur un chien jeune récemment tué.)

L'individu a été opéré le 8 mai, la partie trépanée a un aspect rugueux, de résistance osseuse, ce qui fait supposer que les disques n'ont pu trouver moyen de se réunir immédiatement.

Le patient, grâce à la dépression produite par la cassure et grâce à la compression exercée au commencement sur la dure-mère dans la région du lobe préfrontal droit, présenta des troubles psychiques et des troubles de motilité (ataxie). La compression terminée, le malade recouvra son état mental normal et perdit l'allure ataxique.

L'auteur rapporte ensuite un deuxième cas opéré par lui

un mois environ avant. Il s'agit d'un sarcome à petites cellules développée dans le diploé de l'os frontal droit. Il pratiqua une brèche de 16 centimètres carrés dans la voûte crânienne.

Suivant le procédé indiqué, il compensa la perte par des disques ostéo-cartilagineux pris sur les épiphyses du fémur d'un jeune chien.

Le malade, complètement guéri, quitta l'hôpital vingt-sept jours après l'opération. La partie trépanée offre un aspect rugueux, de résistance osseuse, aucun des disques transplantés n'a été éliminé.

Sur la cure permanente des hernies. — M. W. D. Spanton (Hanley) La conclusion que l'auteur tire d'un grand nombre d'opérations pour toutes sortes de hernies est que dans la grande majorité la cure est permanente. Quand il y a récidive, cette récidive survient en général peu de temps après l'opération. La mortalité étant presque nulle, les malades ne doivent pas refuser l'opération par crainte qu'elle ne soit pas efficace. Même chez les sujets âgés, l'opération pour la hernie inguinale ou fémorale est tout aussi sûre et aussi efficace que chez les jeunes gens.

Pour assurer une guérison permanente, il faut traiter chaque cas d'une façon spéciale. Chez les enfants il suffit de provoquer l'adhérence des parois du sac ; chez les autres il faut suturer avec soin l'orifice herniaire ; enfin chez certain sujets il est indispensable de réséquer une partie de l'épiploon et du sac. Les véritables rechutes ne surviennent que chez ceux qui littéralement n'ont pas la place de loger leurs viscères abdominaux, soit par suite d'une flatulence permanente, soit par suite d'une abondance ou d'une laxité congénitale des tissus.

Avec de l'attention, des soins, les causes de récidive pourront disparaître et les rechutes deviendront de moins en moins fréquentes surtout entre les mains des chirurgiens expérimentés.

De la suture des os à fil métallique perdu. — M. A. Caselli (Gênes). Il existe des fractures récentes dans lesquelles la suture des fragments est indispensable si l'on veut obtenir une réunion parfaite et une guérison. Telles les fractures de l'olécrane et de la rotule, où les fragments soumis à l'action des muscles antagonistes sont difficiles à maintenir suffisamment rapprochés, et où il se forme au niveau de la fracture un véritable hématome s'opposant à la cicatrisation des fragments.

Pour ces fractures, Caselli procède de la façon suivante. Il met à nu la fracture par une incision en S et fait le nettoyage soigné du foyer ; puis il perfore les deux fragments à une distance égale du trait de fracture et passe dans les trous un fil d'argent de 1 à 1 millim. 1/2 de diamètre qu'il tord de façon à ce que l'anse se trouve en bas. Le fil est ensuite coupé à 1 centimètre du nœud, et les deux extrémités enfoncées dans une cavité creusée dans le fragment supérieur dont le périoste, préalablement incisé sur une étendue de 2 centimètres, est ensuite suturé par dessus le fil.

On procède de la même façon dans les anciennes fractures de l'olécrane et de la rotule, en ayant seulement soin d'aviver préalablement les surfaces avec la scie circulaire de Péan.

Le traitement post-opératoire comprend le massage et la mobilisation précoce.

Sur 17 cas de fracture de la rotule et 5 de l'olécrane, on a obtenu par ce procédé 28 guérisons radicales avec résultats fonctionnels excellents.

Dans un cas de fracture de la rotule on fut obligé d'enlever le fil à cause de la suppuration, due très probablement à une faute d'asepsie commise pendant l'opération. Dans un autre cas, également de fracture de la rotule, survint après la guérison une raideur articulaire qu'on pouvait attribuer à un traumatisme antérieur.

Le même traitement est indiqué dans les fractures non réunies du fémur, de l'humérus, du maxillaire inférieur, du coude, du radius, du tibia et du péroné. La technique opératoire ne présente rien de particulier pour le fémur, l'humérus, le maxillaire inférieur et la clavicule, et a donné des résultats parfaits dans les cas (2 fractures de la clavicule, 2 du maxillaire inférieur, 5 de l'humérus, 7 du fémur où il fut employé. Tous ces opérés ont guéri, sans qu'on fût obligé d'enlever les fils de la suture osseuse.

La suture doit être modifiée un peu dans les pseudarthroses des membres à deux os. Dans ces cas, après avivement de l'ancien foyer de fracture, il est préférable pour obtenir l'adaptation parfaite des fragments, de faire la section très oblique du second os non fracturé. Si l'on opère à l'avant-bras, il faut avoir soin, pour éviter la soudure de l'espace interosseux, de faire la section non fracturée à 5 centimètres plus haut ou plus bas que le niveau du foyer de l'ancienne fracture.

Ce procédé permit d'obtenir la guérison avec retour complet des fonctions du membre, dans 1 cas de pseudarthrose du tibia, 2 du radius et 1 du cubitus. Dans l'un des cas de pseudarthrose du tibia, il se forma dans la cicatrice, cinq mois après l'opération, un petit abcès. A son ouverture, on trouva dans le cal le fil à nu, qu'on retira avec la plus grande facilité. Le malade guérit rapidement.

Ces faits montrent que :

1° La suture métallique perdue permet d'obtenir une réunion parfaite des fragments ossseux ;

2° Elle est applicable aussi bien à certaines fractures récentes qu'aux pseudarthroses des sections opératoires ;

3° Le fil d'argent peut rester dans l'os, sans donner lieu au moindre trouble ;

4° On n'est obligé de retirer le fil que dans 2 ou 3 p. 100 des cas, soit à cause de la suppuration, soit parce que les dimensions de l'os ne permettent pas de fournir un cas capable d'englober le fil.

De la trépanation du crâne. — M. Lucas-Championnière (de Paris). La conclusion que je tire de mon expérience personnelle est que si l'on peut compter sur la chirurgie cérébrale pour découvrir certaines lésions localisées, notre champ d'action est bien loin d'être ainsi limité. En effet, certaines maladies déterminent des accidents tels que la décompression large du cerveau, l'ouverture de la dure-mère modifient puissamment leur évolution. L'épilepsie vraie et la péri-encéphalite seront profondément modifiées par les interventions dans des cas déterminés et surtout dans les cas opérés de bonne heure.

Avant l'apparition des accidents qui menacent de mort à très courte échéance, l'opération a toujours été bénigne, et, comme elle n'a jamais été suivie de suppuration, quelle qu'ait été l'étendue de l'ouverture cranienne, je n'ai jamais vu la nécessité de faire porter un appareil de prothèse quelconque pour protéger le cerveau, même chez des sujets épileptiques. (*A suivre.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

ce du 6 juin. — Présidence de M. Lucas-Championnière.

épanation secondaire au deuxième mois après une frac-étendue du crâne ayant amené une hémiplégie com- et des crises épileptiformes ; ablation d'un fragment cérébral ; hémorrhagie par section de la méningée enne ; tamponnement intracranien ; guérison. — M. Se- fait un rapport sur une observation de M. Verchère. igissait d'un enfant de 6 ans qui, deux mois auparavant, avait été atteint d'un coup de pied de cheval au ni- de la région temporale droite. La perte de connais- ce fut immédiate et complète. Elle dura deux heures. tre heures après survinrent des vomissements. Dès ce ment, on a constaté la paralysie de la jambe et du bras ches. Chute de la paupière droite. Le bras droit était é de mouvements de flexions rythmiques. La connais- ce complète ne revint qu'au bout de quatre à cinq jours. e moment le côté droit était atteint de véritables convul- s. Les attaques duraient environ une heure et se répé- nt plusieurs fois par jour. Peu à peu les attaques spon- ées cessent. — Ces renseignements sont donnés par les Lemonnier (de Flers) et Bonnet qui soignaient l'enfant e moment. Deux mois après, on trouve l'enfant com- tement paralysé du côté gauche. Les doigts sont fermés s la main et on perçoit une certaine difficulté pour les ndre. Pas de contracture dans le membre inférieur. is si l'on soulève la jambe et qu'on redresse brusque- nt le pied, on provoque une crise de trépidation jackson- nne.

En examinant le malade, on trouve une large dépression tendant depuis la partie moyenne du sourcil droit jus- l'au niveau de l'oreille, sur une ligne horizontale située à ois travers de doigt à peu près au-dessus de l'oreille. On nt sur toute la moitié antérieure une saillie formée par n chevauchement de la lèvre inférieure de la fracture r la supérieure. La moitié postérieure est fermée par une rface irrégulière, formée de saillies et de dépressions.

La trépanation est faite avec l'aide des Drs Lemonnier et onnet, le 28 octobre 1892. L'incision de la peau montre n chevauchement de toute l'extrémité antérieure de la acture. Avec la pince coupante, M. Verchère enlève à eu près 1 centimètre tout autour de la dépression. Au- essous on trouve un fragment se présentant par sa tranche, ituć perpendiculairement à la ligne de fracture, qui ne eut être extrait qu'après avoir agrandi la trépanation. Le ragment, long de 3 centimètres et large de 1, était enfoncé lans la substance cérébrale.

Pendant la régularisation des bords de la perte de substance osseuse, la méningée moyenne est blessée par la pince coupante. Une hémorrhagie immédiate et abondante se produit. Impossibilité absolue de saisir l'artère. Après diverses tentatives, il fallut se résoudre à se contenter d'un tamponnement sur la base du crâne avec de la gaze iodoformée. L'hémorrhagie s'arrête. Pansement.

Les suites furent extrêmement simples. L'enfant guérit sans réaction aucune Au douzième jour, le Dr Lemonnier enleva le tamponnement. La gaze avait adhéré au cerveau et un fragment de substance cérébrale dut être réséqué au moment de l'ablation de cette gaze. La cicatrisation par première intention était complète sauf au niveau du point où fut retiré le tampon.

Au moment où le petit malade se réveilla, on put constater que les mouvements étaient possibles dans le membre supérieur. Au troisième jour, la jambe avait retrouvé des mouvements.

Les crises d'épilepsie n'ont plus reparu. Peu à peu, la paralysie disparut et le petit malade, présenté à la Société de Chirurgie quinze mois après, avait retrouvé l'usage de ses membres. Il a été revu, il y a quelques jours, et la guérison reste complète, sans accidents tardifs.

Deux points peuvent être relevés dans cette observation. D'une part, la nécessité d'intervenir comme l'a conseillé récemment M Gérard Marchant dès l'accident. Ici le malade ne fut opéré que deux mois après l'accident, c'était déjà tard et l'on doit d'autant plus se féliciter du résultat obtenu.

D'autre part la difficulté d'arrêter une hémorrhagie due à la section de la méningée moyenne qui a entraîné la nécessité d'avoir recours à un tamponnement qui a dû être laissé douze jours en place.

Les faits d'esquilles enfoncées dans la substance cérébrale et trouvées immédiatement après l'accident ne sont pas extrêmement rares, mais ce qui, dans le cas particulier, donne un intérêt à l'observation de M. Verchère, c'est le séjour prolongé, deux mois, de cette esquille, séjour qui n'a entraîné aucun trouble consécutif après l'ablation qui en a été faite.

M. Routier. En 1886, j'ai présenté à l'Académie l'observation d'un malade tombé dans une roue, pris de coma seulement deux ou trois heures après l'accident. J'ai diagnostiqué des phénomènes de compression lente, et je fis la trépanation primitive.

Celle-ci montra un fragment enfoncé dans la substance cérébrale que je pus enlever. Mais comme M. Verchère, je me trouvai en présence d'une section de la méningée moyenne ; je ne pus ni pincer l'artère, ni faire une ligature et dus avoir recours au tamponnement. Le malade guérit.

M. M. Sée. Je puis m'étonner des phénomènes paralytiques présentés par le malade de M. Verchère, d'autant plus que le fragment ne semblait pas s'être enfoncé au niveau des centres moteurs étagés autour de la scissure de Rolando.

M. Lucas Championnière. L'opération a été faite deux mois trop tard et l'observation de M. Verchère vient encore en faveur de l'intervention primitive. Je veux relever deux points de pratique. Le tamponnement contre l'hémorrhagie artérielle est parfois rendu nécessaire. Il faut savoir qu'il peut en être de même pour certaines hémorrhagies veineuses. Quelques-unes peuvent être véritablement terribles. La gaze iodoformée peut rendre de grands services. Cependant je préférerais le tamponnement préconisé par Lister au moyen de catgut, dont on n'a plus à se préoccuper, et on n'a pas à craindre d'être forcé de réséquer de la substance cérébrale comme l'a fait M. Verchère.

Quant aux faits de séjour d'esquilles dans la substance cérébrale, peut être sont-ils moins rares que ne semble l'avoir dit M. Verchère ; seulement ils ne sont pas publiés et sont surtout dans le souvenir de chacun de nous.

L'enfant a été présenté après quinze mois. Il était dans d'excellentes conditions et paraissait à l'abri des accidents tardifs. Il faut savoir que l'enfant supporte mieux que l'a-

dulte les plaies cérébrales, et il ne faudrait pas que ce dernier espère toujours un aussi bon résultat.

Dans les relevés de la guerre de Sécession on a constaté que les sujets ayant ultérieurement des accidents de sclérose tardifs étaient ceux qui avaient été opérés tardivement. Ceux opérés primitivement ne semblaient pas avoir présenté aussi souvent de semblables accidents.

M. Schwartz. La trépanation, dans la très grande majorité des cas de fracture compliquée du crâne, doit être primitive.

Je ne dirai qu'un mot au sujet de la difficulté d'arrêter les hémorrhagies. J'ai eu l'occasion, chez un malade qui présentait une blessure du sinus, d'avoir recours au tamponnement que j'ai fait avec du catgut, lequel a complètement arrêté l'hémorrhagie, et m'a donné le meilleur résultat.

M. Segond. Je crois que la localisation n'a pu être constatée au moment de l'intervention par M. Verchère. Cependant les phénomènes de paralysies et de contractures peuvent se comprendre assez facilement, étant donnée l'étendue de la fracture qui présentait une longueur de 5 à 6 centimètres, au niveau de la région antéro latérale.

Quant au tamponnement, c'est une méthode de nécessité dans les hémorrhagies au moment de la trépanation, mais à laquelle on est forcé d'avoir recours devant l'impossibité où l'on est de placer une ligature ou une pince sur le vaisseau qui donne du sang.

Traitement des anus contre nature et des fistules stercorales. — M. Chaput. M. le Dr Mordret (du Mans) nous a envoyé une très intéressante observation d'anus crural consécutif à une hernie grangrenée, qu'il a traité et guéri par la suture par abrasion.

Voici le résumé de cette observation : il s'agit d'une femme de 50 ans, à qui M. Gourgaud a fait, il y a dix ans, un anus contre nature pour une hernie crurale droite étranglée et grangrenée. Quelques mois plus tard, M. le Dr Gourgaud appliqua l'entérotome et fit ensuite l'avivement et la suture de l'orifice. A la suite de cette opération, la fistule resta complètement fermée pendant une vingtaine de jours, puis une fistule s'établit, qui s'agrandit de plus en plus jusqu'à reproduction de l'état primitif.

Une seconde tentative, précédée également d'une application d'entérotome, échoua dans les mêmes conditions.

Depuis quelques mois, l'orifice s'est agrandi et la malade est obligée de porter une pelote pour empêcher, dans la mesure du possible, l'écoulement des matières ; par l'anus vrai, le malade rend chaque jour des matières et des gaz.

Au moment de l'examen de M. Mordret, la malade présentait, dans la région crurale droite, un orifice bordé de muqueuse, mesurant le diamètre d'une pièce de 2 francs. La peau voisine est convertie en tissu de cicatrice dans une zone de 5 centimètres tout autour de la fistule.

Le doigt introduit a quelque peine à sentir les restes de l'éperon et à s'engager dans les deux bouts ; une sonde œsophagienne pénètre profondément dans les bouts supérieur et inférieur.

Après avoir soumis la malade au régime lacté pendant plusieurs jours, à des lavages de la fistule à l'eau boriquée et lui avoir donné du naphtol (1 gramme par jour), M. Mordret procède à l'opération le 4 décembre 1893.

La malade est anesthésiée à la cocaïne (solution à 1/100 en injections, à 1/20 pour les attouchements). M. Mordret exécute alors une incision circulaire à 4 centimètres d l'orifice ; il décolle la peau et libère l'intestin dans un étendue de 1 centim. 1/2. Il avive largement les bords d l'intestin, décolle la muqueuse, l'invagine en dedans et l fixe dans cette position par des sutures à la soie fine. suture ensuite, face interne contre face interne, les mus culeuses avivées ; un drain de sûreté est placé dans l'in testin à la partie externe ; la peau est suturée aux crins, u autre drain est placé sous la peau à la partie interne. L malade est mise à la diète absolue pendant la premier journée ; on lui administre aussi de l'opium. Pendant l nuit, on lui permet quelques gorgées d'eau. A partir d deuxième jour, alimentation lactée. Le sixième jour, calo mel et lavements. Le dixième, ablation des fils.

Dès le lendemain, on trouvait dans le pansement quel ques matières qui s'étaient écoulées par le drain extern et le drain interne était supprimé.

Le drain intestinal fut peu à peu diminué, puis supprim au bout d'une quinzaine de jours ; le trajet fistuleux, apr quelques cautérisations au nitrate d'argent, se ferma com plètement.

Elle revint chez elle, le 6 janvier, complètement guérie M. Mordret a appris depuis qu'elle avait éliminé encore u point de suture et qu'il s'était écoulé un peu de matières mais que cette fistulette s'était rapidement fermée sou l'influence des cautérisations argentiques.

Cette observation est très intéressante et vient à l'appu de la doctrine que je soutiens, c'est-à-dire que les anus cruraux sont plutôt justiciables de l'entéro-anastomose qu des méthodes anciennes ; en effet, la difficulté de détruire l'éperon, les applications successives d'entérotome, les opé rations répétées, constituent de graves inconvénients qu ne vont pas sans des risques considérables. De fait, chez cette malade, on a fait deux applications d'entérotome e trois opérations réparatrices pour fermer la fistule et la malade a vécu dix ans avec son infirmité. Combien eût été plus avantageuse une entéro-anastomose qui l'eût guérie en une séance et sans plus de risques !

L'opération de la suture par abrasion a été conduite par M. Mordret avec une correction parfaite, la tendance aux fistules paraît avoir été avantageusement combattue par l'emploi du drain intestinal que j'ai recommandé.

Permettez-moi, à propos de cette observation, de vous indiquer en passant quelques légères modifications que j'ai fait subir à la technique de l'opération de l'abrasion.

Je conseille de libérer l'intestin de la paroi dans l'étendue de 2 centimètres, de disséquer la muqueuse sur une hauteur de 1 centimètre, de la rabattre en dedans et de suturer ensemble ses bords par des sutures perforantes hémostatiques, au lieu des sutures non perforantes de Denonvilliers. Je réunis ensuite les musculeuses face à face avec des fils perforants. Je place un drain intestinal et, sur les conseils de M. Schwartz, je ne fais pas de suture de la paroi ; je bourre seulement la plaie à l'iodoforme.

Tuberculose probable de l'iléon et du cæcum. Résection. — Présentation de pièces, par M. Routier.

Cancer du rectum. Opération de Kraske. Guérison. — Présentation de la malade, par M. Pozzi.

MEMENTO PRATIQUE

ur la valeur alimentaire du pain de Graham. — Bardet vient de faire à la Société de thérapeutique communication dont voici le résumé :

n sait que Graham a préconisé l'usage d'un pain contient toutes les parties constituantes du grain blé. Graham vantait surtout ce pain parce qu'il est s riche en principes azotés et en matière grasse que ain blanc fabriqué avec la fleur de farine ne conte- nt guère que de l'amidon et ne renfermant ni le pé- arpe ni le germe du grain de blé.

Donc, le pain de Graham doit renfermer toutes les ties constituantes du grain de blé. C'est donc un n de son, dira-t-on? Non le pain de Graham n'est s un pain de son et il diffère de ce dernier en ce que, nt en contenant le son comme lui, il ne le contient s à l'état de mélange grossier. En un mot, le pain de aham est un pain fabriqué avec une farine constituée r le mélange intime de toutes les parties consti- antes du blé pulvérisées très finement.

La difficulté d'obtenir la farine typique destinée à la brication du pain de Graham était la raison véri- ble qui, jusqu'à présent, empêchait l'usage de ce pain, ui jouit de propriétés nutritives et digestives sur les- elles nous reviendrons bientôt. Or, cette difficulté je is parvenu à la surmonter avec l'aide d'un minotier telligent. Nous avons pu obtenir une farine à grains oui-fins, de très belle qualité, qui renferme tous les atériaux du blé, y compris le son, les matières grasses le germe.

Pour faire le pain on pétrit cette farine à la méca- ique avec une addition maximum de 1/10e de levain, ndis que pour le pain de gruau ordinaire la propor- on de levain est de 1/3. Le pétrissage doit être éner- ique et prolongé, pour que l'hydratation de la farine uisse se faire dans des conditions convenables.

La pâte est ensuite laissée au repos, puis soumise à ne cuisson prolongée; il faut compter une heure et emie pour cuire un pain de Graham du poids de 2 ki- ogrammes, au lieu de quarante-cinq minutes, durée rdinaire de la cuisson d'un pain de gruau du même oids.

On obtient ainsi un pain à mie bien levée, à odeur de froment très prononcée, qui se conserve plusieurs jours sans sécher et qui est même d'usage plus agréable quand il est rassis.

La farine de gruau ordinaire renferme 24 à 25 p. 100 de matières azotés ; la farine de Graham en contient 40 p. 100.

Le pain de Graham vrai, c'est-à-dire fait avec la farine de Graham convenablement préparée, et non pas obtenue par simple mélange, est donc beaucoup plus nutritif que le pain de luxe ; il est aussi facile à assi- miler, même davantage, car il est moins fermenté. Enfin, il est très rafraîchissant en raison de sa teneur élevée en son et en matières grasses, c'est donc un pain qui peut rendre des services à la thérapeutique dans le régime végétarien. On conçoit très bien qu'il soit utile, chez un végétarien, d'augmenter le taux de la substance azotée absorbée, sans avoir recours à l'ali- mentation carnée. C'est là un service que le pain de Graham peut rendre.

La richesse du pain de Graham en azote peut être encore utilisée dans d'autres conditions : 1° chez les personnes qui, tout en travaillant beaucoup corporelle- ment, mangent peu de viande; 2° chez les gens cons- tipés. Le pain de Graham, en effet, grâce à la présence du son, est légèrement laxatif et entretient la liberté du ventre.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — Le Concours de l'adjuvat a terminé ses séances, le mardi 29 mai, par la nomination de MM. Robineau, Marion, Baudet, Baraduc et Savariaud, MM. Courtillier et Bois ont été nommés provisoires.

Concours du prosectorat. — La première séance a eu lieu, le 28 mai, à midi.

Sujet de la composition écrite : *Iris, anatomie, physiologie, iritis*. Epreuve orale : *Anatomie descriptive de la rate.*

Hôpitaux de Paris. — Le concours du Bureau central (accouchements) vient de se terminer par la nomination de MM. Lepage et Varnier.

Légion d'honneur. — M. Ernest Besnier, médecin de l'hôpital Saint-Louis, est promu au grade d'officier.

L'**Académie des sciences** a procédé lundi à l'élection d'un membre titulaire dans la section de médecine et de chirurgie en remplacement de Brown-Séquard. Cette élection a donné lieu à deux tours de scrutin.

Au premier tour, M. d'Arsonval a obtenu 20 voix ; M. Ollier 18, M. Richet 9, M. Dastre 8, M. Franck 4.

Au second tour, M. d'Arsonval a été élu par 31 voix contre 23 à M. Ollier, 3 à M. Richet, 2 à M. Dastre et 1 à M. Franck.

Distinctions universitaires. — M. Guillet, professeur à l'Ecole de médecine de Caen, est nommé officier d'académie.

Distinctions honorifiques. — Les récompenses suivantes ont été accordées aux personnes ci-après désignées, qui se sont signalées par leur dévouement au cours de l'épidémie cholérique qui a sévi en France en 1893 :

Rappel de médaille d'or. — M. Vedel, à Lunel.

Médailles de vermeil. — M. Bordone, à Frontignan ; M. Bosc, de Montpellier.

Rappel de médaille de vermeil. — M. Vigné, à Clermont-l'Hérault.

Médailles d'argent. — M. Bazin, à Clermont-l'Hérault ; M. Coulet, à Saint-Pargoire ; M. Durand, à Marseillan ; M. Espagne, à Montpellier ; M. Gavaudan, à Vias ; M. Mauzac, à Florensac ; M. Pons, à Lunel ; M. Revel, à Clermont-l'Hérault ; M. Rouquette, à Lodève.

Rappel de médaille d'argent. — M. Scheydt, de Cette.

Médailles de bronze. — MM. Houël, Jussaud, Monestier, Petit, Pistre, de Montpellier.

MM. les étudiants Auzillon, de Fajolle, Hugues, Rémignard, Rouch, Rouzier, Joly, Thenoz, de Montpellier ; Lassalle, à Cette.

Mentions honorables. — MM. les internes Cadilhac, Chatinière, Magnol, de Montpellier ; Isenberg, Monteux, de Cette ; MM. les étudiants Cros, Malzac, de Montpellier.

La **Société médicale des bureaux de bienfaisance** de Paris a désigné, dans sa séance du 9 mai, le Dr P. Billon, ancien président de la Société, comme son délégué au Congrès national d'Assistance publique à Lyon.

Les médecins des bureaux de bienfaisance de Lyon se sont empressés de se mettre en rapport avec notre distingué confrère et, afin de faciliter l'accomplissement de sa mission, ils se sont mis à sa disposition de la manière la plus confraternelle.

De plus ils ont décidé à l'unanimité d'offrir un banquet au représentant de la Société médicale des bureaux de bienfaisance de Paris.

Association de la presse médicale allemande. — MM. Eulenburg et Schwalbe, directeurs de la *Deutsche medizinische Wochenschrift*, viennent d'adresser à tous les journaux médicaux de langue allemande (Allemagne, Autriche, Suisse) une circulaire pour les inviter à organiser une association de la presse médicale allemande sur le modèle de celle qui existe en France depuis 1889. L'association serait représentée dans les congrès et réunions scientifiques par un comité de sept membres élus.

Pro Domo. — Nos lecteurs n'ont certainement pas oublié la mort si particulièrement douloureuse de notre ami et collaborateur, le Dr W. Vignal, qui succomba, jeune encore, victime de son dévouement à la science. Vignal a laissé une veuve et un fils. Mme Vignal, qui a fait elle-même des études médicales approfondies, a fondé, 90, rue d'Assas, un cours de langue anglaise, organisé d'après une méthode inspirée par les *Kindergarten*, de Frœbel. Ce cours est une véritable leçon de choses, d'où les élèves retirent, en même temps que la connaissance de la langue anglaise, des notions précises sur les sciences usuelles. Nous n'insisterons pas davantage et nos lecteurs nous en sauront gré, la confraternité médicale n'étant pas un vain mot. (*Journal des Connaiss. médic.*)

Clientèle médicale à céder à Paris. 20.000 francs touchés. S'adresser aux Bureaux de la *France médicale*, 14, rue des Pyramides, de 4 à 6 heures, mardi excepté.

Clientèle médicale à prendre à Anglesqueville-sur-Saane (Seine-Inférieure). On ferait la pharmacie. S'adresser à M. Harel, à Anglesqueville.

Cours d'hygiène sociale, professeur : M. le Dr A.-J. Martin. — La conférence pratique du dimanche 8 juin, aura lieu aux Abattoirs, rue de Flandre, à 9 heures 1/2 très précises du matin.

Erratum : Dans le numéro du 25 mai, à Variétés, *Origine de la Percussion*, par notre confrère le Dr Paquelin, après :

Suivant qu'il en heurtait ou le haut ou la base

il faut lire :

En des sons différents lui répliquait le vase.

Nécrologie. — Nous avons le vif regret d'annoncer la mort du Dr Reliquet, officier de la Légion d'honneur, très connu par de nombreux et très importants travaux sur les voies urinaires, mort brusquement vendredi dernier, à l'âge de 57 ans, d'une angine de poitrine.

Chemin de fer d'Orléans (juin-septembre 1894). *Saison thermale : Le Mont-Dore, la Bourboule, Royat, Néris-les-Bains, Évaux-les-bains.* — A l'occasion de la saison thermale de 1894, la Compagnie du Chemin de fer d'Orléans a organisé un double service direct de jour et de nuit, qui fonctionnera du 8 juin au 20 septembre inclus, entre Paris et la gare de Laqueille, par Vierzon, Montluçon et Eygrande, pour desservir par la voie la plus directe et le train le plus rapide les stations thermales du Mont-Dore et de la Bourboule.

Ces trains comprennent des voitures de toutes classes et habituellement, des wagons à lits-toilette, au départ de Paris et de Laqueille.

La durée totale du trajet, y compris le parcours de ter entre la gare de Laqueille et les stations thermales du Mont-Dore et de La Bourboule, est de 11 heures à l'aller et au retour.

Prix des places, y compris le trajet dans le service de correspondance de Laqueille au Mont Dore et à La Bourboule, et *vice versa* :

1re classe, 53 fr. 90 — 2e classe, 36 fr. 85 — 3e classe, 23 fr. 7

Aux trains express partant de Paris le matin et de Chamblet-Néris dans l'après-midi, il est affecté une voiture de 1re classe pour les voyageurs de ou pour Néris-les-Bains qui effectuent ainsi le trajet entre Paris et la gare de Chamblet-Néris sans transbordement en 6 heures environ.

On trouve des omnibus de correspondance à tous les trains, à la gare de Chamblet-Néris pour Néris, et *vice versa*.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Des indications des eaux de Bagnères-de-Bigorre, dans les névropathies et les maladies accompagnées d'excitation nerveuses, par le Dr Al. de La Garde, professeur de thérapeutique à l'Ecole de médecine de Poitiers. — Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Formulaire des eaux minérales, de la balnéothérapie et de l'hydrothérapie, par le Dr De La Harpe, professeur de balnéologie à l'Université de Lausanne. Introduction, par le Dr Dujardin-Beaumetz, membre de l'Académie de médecine. 1 vol. in-18 de 300 pages, cartonné. Prix : 3 francs. — Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

DYSPEPSIES. — *Vin de Chassaing.* — Pepsine et Diastase

ALIMENT DES ENFANTS. — Phosphatine Falières.

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

VIN AROUD (viande et quina). — Médicament régénérateur représentant p. 30 gr. 3 gr. de quina et 27 gr. de viande. **Anémie. Fièvres. Convalescences. Maladies de l'Estomac et des Intestins.**

VICHY-SAINT-YORRE (*Sources Reignier*). La meilleure pour la consommation à domicile.

CAPSULES DARTOIS à la créosote de hêtre contre *bronchites, catarrhes phtisie*, 2 ou 3 chaque repas.

NUTRITION DES ENFANTS. — Farine alimentaire Vigier.

Le Gérant : A. Chevallereau

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — *Téléphone.*